

# VU Research Portal

## **Argus: assessment and use of data in evaluating coercive measures in Dutch psychiatry**

Janssen, W.A.

2012

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Janssen, W. A. (2012). *Argus: assessment and use of data in evaluating coercive measures in Dutch psychiatry*. [PhD-Thesis – Research external, graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

## Samenvatting

In de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen worden patiënten regelmatig geconfronteerd met vrijheidsbeperkende interventies. Deze interventies worden toegepast om agressief en gevaarlijk gedrag van patiënten te kunnen hanteren (Gutheil, 1980, Mason, 1994, Morrison & Lehane, 1996, Currier, 2003). Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies staat ter discussie. De effectiviteit van deze interventies zijn nooit aangetoond en er zijn meerdere schadelijke neveneffecten beschreven (Sailas & Fenton, 2000, Olofsson & Norberg, 2001, Whittington, et al. 2006). De huidige Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) uit 1994 heeft tot doel om de rechten en lichamelijke integriteit van psychiatrisch zieke mensen te beschermen (van der Klippe, 1997). Deze wet stelt beperkingen aan het gebruik van gedwongen medicatie, fixatie, afzondering en separatie. Een aantal jaren na de invoering van deze wet werd men zich ervan bewust dat de huidige wet mogelijk bijdroeg aan een, in internationaal verband gezien, hoog aantal separaties. Het gebrek aan duidelijke en betrouwbare cijfers over de toegepaste vrijheidsbeperkende interventies belemmerde echter een betrouwbare internationale vergelijking. Het was in Nederland, tot voor kort, onduidelijk hoeveel patiënten, hoe vaak en hoe lang werden geconfronteerd met vrijheidsbeperkende interventies. Ondanks dat in Nederland in de laatste jaren diverse projecten en activiteiten gestart werden om het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies terug te dringen, waren de effecten van die projecten niet goed te onderzoeken vanwege het gebrek aan heldere, complete, valide en betrouwbare cijfers. Vanuit de psychiatrie en vanuit de politiek klonk steeds luider de roep om duidelijke en volledige cijfers over het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in Nederland. De doelstellingen van dit proefschrift zijn het verzamelen van betrouwbare en valide cijfers over de toegepaste vrijheidsbeperkende interventies, het onderzoeken en verklaren van trends in het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen.

Betrouwbare en valide cijfers over toegepaste vrijheidsbeperkende interventies zijn onmisbaar bij het evalueren van vrijheidsbeperkende interventies en het zichtbaar maken van trends in het gebruik ervan op afdelingen en in ziekenhuizen. Het onderzoeken van deze gegevens in combinatie met achtergrond gegevens over patiënten, afdelingen en ziekenhuizen kunnen mogelijk verklaringen geven voor de trends in het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies. Het presenteren van cijfers kan een substantiële bijdrage leveren aan de preventie van vrijheidsbeperkende interventies.. De doelstellingen van dit proefschrift zijn opgedeeld in drie deelvragen:

1. Welke eisen worden gesteld aan een registratie van vrijheidsbeperkende interventies zodat deze voor de praktijk relevante uitkomsten oplevert en dat deze uitkomsten gebruikt kunnen worden bij het vergelijken van afdelingen en ziekenhuizen, zowel nationaal als internationaal?
2. Wat zijn de uitkomsten over toegepaste vrijheidsbeperkende interventies in Nederland?
3. Kunnen de uitkomsten gebruikt worden bij het verklaren van gevonden trends?

Hulpverleners in psychiatrische ziekenhuizen kunnen verschillende interventies inzetten om het gedrag van de patiënt te beïnvloeden en of het te kunnen hanteren. Deze interventies variëren in de mate waarin beperkingen worden opgelegd en keuzevrijheden van de patiënt ingeperkt worden. De term vrijheidsbeperkende interventies staat voor die interventies die de patiënt zijn/haar keuze- en bewegingsvrijheden geheel ontnemen en vaak gepaard gaan met dwang. Hieronder vallen het separeren, afzonderen, insluiten op eigen slaapkamer, fixeren van patiënten en of gedwongen toedienen van medicatie aan patiënten.

Aan het eind van 20<sup>e</sup> eeuw werden hulpverleners in de Nederlandse GGZ zich in toenemende mate bewust van het veelvuldige gebruik van vrijheidsbeperkende interventies. Vrijheidsbeperkende interventies werden steeds meer en meer gezien als tekortkomingen in de zorg aan de patiënten. Toepassing ervan weerspiegelt een falen van het (therapeutische) zorgaanbod (Steinert, 2011). Het opsluiten en of vastbinden van een patiënt, het verbreken van de sociale contacten en de patiënt alleen achter laten met al zijn of haar emoties in een onplezierige omgeving, werd meer en meer gezien slechte kwaliteit van zorg (Berghmans, et al. 2001). Vanaf 1998 zijn er verschillende initiatieven geweest om het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies te verminderen en kwaliteit van zorg te verbeteren. Een belangrijk initiatief was de ontwikkelingen en het implementeren van kwaliteitscriteria in de praktijk van de afdelingen in 12 psychiatrische ziekenhuizen in Nederland (Abma, et al. 2005). Tijdens het implementeren van de kwaliteitscriteria werden de ziekenhuizen zich ervan bewust dat goede en betrouwbare cijfers over vrijheidsbeperkende interventies niet beschikbaar waren. De cijfers over toegepaste Middelen of Maatregelen (MofM) van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) bleken ongeschikt voor evaluatie- en onderzoeksdoeleinden (Janssen, et al 2005). Voortvloeiend uit deze studie namen in 2006 vijf psychiatrische ziekenhuizen in samenwerking met IGZ en de branche organisatie GGZ Nederland het initiatief voor de ontwikkeling van een nieuwe registratie methode (Argus). De Argus werkgroep schreef de voorwaarden, die onderschreven werden door GGZ Nederland, voor de nieuwe registratie methodiek. Vereisten voor de nieuwe registratie methode waren dat:

1. Vrijheidsbeperkende interventies eenduidig gedefinieerd werden en handleidingen voor het registreren en het becijferen van de vrijheidsbeperkende interventies werden opgesteld.

2. De registratie methode eenvoudig in te vullen is
3. Hierin alle vrijwillige en onvrijwillige toegepaste vrijheidsbeperkingen geregistreerd worden
4. De dagelijkse praktijk weerspiegeld wordt wat betreft gebruik van vrijheidsbeperkende interventies.
5. Het gevoelig is voor veranderingen door de tijd heen.
6. Het informatie genereert voor feedback aan management en verpleegkundigen in de ziekenhuizen en afdeling.

In 2006 startten twee ziekenhuizen (Mediant en GGNet) met een pilot studie met de Argus registratie methodiek. Vanaf 2007 gingen steeds meer ziekenhuizen de Argus set invoeren op de klinische afdelingen. De definitieve dataset Argus werd gepubliceerd in 2010 en is in 2012 wettelijk verplicht gesteld (Minister van VWS, 2011).

Vanaf 2007 ontwikkelden onderzoekers van GGNet een casus register Argus ten behoeve van benchmark- en wetenschappelijk onderzoek. Hierin werden de Argus registraties van de deelnemende ziekenhuizen opgenomen. Nu, participeren nagenoeg alle ziekenhuizen en afdelingen die een Bopz erkenning hebben in dit casus register Argus.

Het eerste deel van dit proefschrift gaat in op de eerste deelvraag: Wat zijn de criteria voor een betrouwbare registratiemethode om vrijheidsbeperkende interventies te registratie waarmee vergelijking tussen afdelingen, ziekenhuizen en tussen landen mogelijk wordt? In de hoofdstukken 2 tot en met 4 wordt het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies, en in het bijzonder van separeren, in Nederland en daarbuiten beschreven. Deze hoofdstukken bediscussiëren criteria voor een goede registratie. Deze criteria zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. Het tweede deel van dit proefschrift behandelt de tweede deelvraag die als volgt luidde: Wat zijn de uitkomsten wat betreft aantallen en duur van toegepaste vrijheidsbeperkende interventies in Nederland? De hoofdstukken 5 en 6 geven een illustratie van de uitkomsten nadat de Argus registratie methode was geïmplementeerd in een aantal ziekenhuizen. Het laatste deel van dit proefschrift gaat in de derde deelvraag: Hoe kunnen uitkomsten en mogelijke trends daarin wordt verklaard? De cijfers die zijn gepresenteerd in de hoofdstukken 2 tot en met 4 en de hoofdstukken 5 en 6 worden met elkaar vergeleken. Deze vergelijking maakt een trend zichtbaar in het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies. In de hoofdstukken 6 tot en met 8 zijn enkele determinanten bestudeerd die mogelijk de gevonden trend kunnen verklaren. Het navolgende overzicht beschrijft de afzonderlijke onderzoeken en hun bijdragen aan de doelstellingen van dit proefschrift.

## *Hoofdstuk 2. Kwantitatieve ontwikkelingen in toegepaste vrijheidsbeperkende interventies.*

In hoofdstuk 2 zijn de kwantitatieve ontwikkelingen van de toegepaste vrijheidsbeperkende interventies in het kader van MofM en dwangbehandelingen tussen de jaren 2000 en 2005 beschreven. Hierbij werd gebruik gemaakt van een IGZ database en door de IGZ gepubliceerde jaarrapporten. Deze studie beschrijft de beginsituatie en de op dat moment beschikbare cijfers. Hieruit komt het beeld naar voren dat er sprake was van een toename van vrijheidsbeperkende interventies in het kader van noodsituaties en binnen dwangbehandelingen. Voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van de IGZ gegevens werd gebruik gemaakt van gegevens van 12 ziekenhuizen die deelnamen in het landelijke project “Dwang en Drang” (2002- 2005). Deze gegevens werden samengevoegd met de IGZ gegevens. Over het jaar 2002 bleek dat:

1. een beperkt deel van de door de ziekenhuizen geregistreerde vrijheidsbeperkingen konden getraceerd worden in de IGZ database. De niet gemelde vrijheidsbeperkende interventies betroffen vooral interventies die binnen de ziekenhuizen geregistreerd werden als “met akkoord” van de patiënt. Hiervoor gold geen registratie- en meldingsplicht.
2. een aantal van door de ziekenhuizen aan de IGZ gemelde vrijheidsbeperkende interventies niet in de IGZ-gegevens waren terug te vinden.
3. de tijdsduur van de gemelde separaties niet overeenkwam met de werkelijke tijdsduur. Er was sprake van een overschatting.

Geconcludeerd werd dat de wettelijke verplichte registratie niet aansloot bij de behoefte van ziekenhuizen. Deze studie liet zien dat er aanpassingen noodzakelijk zijn bij het registreren van vrijheidsbeperkende interventies. Daarbij ging het om eenduidige interpretaties over wat zijn vrijwillige en onvrijwillige vrijheidsbeperkingen, wat is verzet of instemming van de patiënt en wat is de tijdsduur van de vrijheidsbeperkende interventies. Voor het evalueren en bestuderen van trends zijn betrouwbare gegevens noodzakelijk over de werkelijke tijd van de vrijheidsbeperkende interventies die patiënten ondergingen.

## *Hoofdstuk 3. Het gebruik van separatie in Nederland vergeleken met landen binnen en buiten Europa.*

In hoofdstuk 3 werd een literatuurstudie uitgevoerd. In dit hoofdstuk stond centraal de vraag: Worden in Nederland patiënten vaker gesepareerd dan in landen binnen en buiten Europa? De literatuurstudie leverde 11 artikelen op die cijfers bevatten over vrijheidsbeperkende interventies in Europa, Australië en de Verenigde Staten. Internationaal gezien varieerde het aantal separaties tussen de 2,7 en 110 separaties per 1000 bezette bedden en tussen de 13 en 1517 separaties per 1000 opnamen. De Nederlandse cijfers werden berekend vanuit de IGZ gegevens en de data van 12 ziekenhuizen. Hieruit kwam naar voren dat er 3,5 separaties per 1000 bezette bedden en 338 separaties per 1000

opnamen plaatsvonden. Met name de laatste uitkomst leek beduidend hoger in vergelijking met andere landen. Zowel de Nederlandse als de internationale cijfers riepen vragen op. Verschillen in definities, inconsistente registratie methoden, verschillen in de wijze van dataverzameling en presentaties stonden een goede vergelijking in de weg. Ook werden vraagtekens geplaatst bij onderzochte Nederlandse data van de IGZ en de 12 ziekenhuizen. Geconcludeerd werd dat het eenduidig registreren van vrijheidsbeperkende interventies een essentiële stap is in het adequaat kunnen monitoren en het vergelijken van separatiecijfers.

*Hoofdstuk 4. Aantal separaties, fixatie en dwangmedicatie in psychiatrische ziekenhuizen: een literatuurstudie en een onderzoek naar internationale trends.*

In hoofdstuk 4 was het doel om cijfers over toegepaste vrijheidsbeperkende interventies in verschillende landen en initiatieven om het gebruik ervan te verminderen te beschrijven. Er werd gebruik gemaakt van gepubliceerde studies en ongepubliceerde gegevens. Daarbij moesten er gegevens van minimaal één compleet ziekenhuis met een eigen verzorgingsgebied beschikbaar zijn over een bepaalde periode. Daarnaast werden de auteurs van de studies geïnterviewd over initiatieven om separaties en fixaties te verminderen. Er zijn gegevens van 12 landen opgenomen in deze studie. Deze studies bevatten gegevens van één of een aantal ziekenhuizen tot en met landelijke gegevens (Noorwegen en Finland). Daarin viel op dat sommige landen separatie of fixatie niet worden toegepast of zelfs verboden zijn. De beschikbare gegevens lieten grote verschillen tussen de onderzochte landen zien in toepassingen van typen interventies, aantallen en tijdsduur. De Nederlandse cijfers vielen in deze studie op wat betreft het hoge aantal separaties per 1.000 opnamen en per 100.000 inwoners en ook vanwege de langere gemiddelde tijdsduur van de separaties. Vergelijkingen tussen landen en verschillende praktijken maken het mogelijk om lokale voorkeuren in het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in beeld te brengen en bijdragen te leveren voor verbeteringen in de klinische praktijken.

*Hoofdstuk 5. Methodologische aspecten bij het toezicht op het gebruik van beperkende maatregelen.*

Deze studie richtte zich op een aantal methodologische aspecten voor het evalueren en vergelijken van gegevens over toegepaste vrijheidsbeperkende interventies. Binnen Europa zijn veel initiatieven ontplooid om het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in psychiatrische ziekenhuizen terug te dringen. Om de effecten van deze initiatieven te kunnen bestuderen is het noodzakelijk dat er nationaal en internationale consensus bestaat over de definities van vrijheidsbeperkende interventies en de methoden van het registreren en het analyseren van uitkomsten. Deze studie had als doel aanbevelingen te doen voor het registreren, het analyseren en presenteren van de uitkomsten over

vrijheidsbeperkende interventies. Voor het definiëren van vrijheidsbeperkende interventies en mogelijke rekenmethoden met de geregistreerde vrijheidsbeperkende interventies werd een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd. De data werden verzameld in een studie naar vrijheidsbeperkende interventies in 12 ziekenhuizen die de Argus registratie methode toepasten. Cijfers over de toegepaste vrijheidsbeperkende interventies werden berekend volgens de aanbevolen methoden en gepresenteerd. De gepresenteerde cijfers in dit artikel zijn een illustratie hoe de uitkomsten uit de 12 ziekenhuizen gepresenteerd kunnen worden. In deze studie zijn opvallende verschillen tussen te zien tussen 12 instellingen en 227 afdelingen in het gebruik van separatie. Tussen de instellingen varieerde het aantal separaties tussen 0,31 en 1,6 separaties per 100.000 inwoners. Ook varieerde de gemiddelde duur van de separaties sterk: van minder dan 1 uur tot 18 uur per 1000 opname uren. Het aantal gestarte separaties per 1000 opnamen verschilde eveneens sterk tussen de instellingen: van 79 tot 745 gestarte separaties per 1000 opnamen. Wij concludeerden dat vrijheidsbeperkende interventies op een eenduidige en betrouwbare wijze onderzocht en gepresenteerd kunnen worden wanneer heldere definities beschikbaar zijn en gestandaardiseerde reken- en presentatie methoden gebruikt worden. De aanbevelingen in deze studie kunnen bijdragen aan een internationale standaard voor het data verzamelen en berekenen van uitkomsten rondom het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies.

*Hoofdstuk 6. Separatiecijfers van 29 opname afdelingen in Nederland; kunnen de verschillen verklaard worden door de samenstelling van de patiëntengroepen?*

In dit onderzoek werden de separatiecijfers gerelateerd aan de patiëntengegevens. Dit onderzoek werd uitgevoerd in zeven ziekenhuizen met in totaal 29 opnameafdelingen. Deze afdelingen namen in totaal 5097 patiënten op. Naar de mening van veel verpleegkundigen en management kunnen verschillen in aantallen separaties en tijdsduur toegeschreven worden aan verschillen in de samenstelling van patiëntengroepen op de afdelingen. Verpleegkundigen en management veronderstellen dat opnamen van meer ernstig zieke patiënten zijn gerelateerd aan hogere separatiecijfers.

Om deze veronderstelling te toetsen hebben de we een aantal patiënten kenmerken van alle opgenomen patiënten enerzijds en anderzijds van de gesepareerde patiënten onderzocht. Hiertoe hebben we een extreme groepen analyse opgezet om de relatie tussen patiëntenkenmerken, afdelingskenmerken en tijdsduur van separatie te onderzoeken. Deze extreme groepen analyse werd gecontroleerd met een Multi-level analyse. Uit de extreme groepen analyse bleek dat de verschillen in separaties samenhangen met patiënten kenmerken en afdelingskenmerken. Uit de Multi-level analyse kwam naar voren dat het aantal separatie-uren gedeeltelijk verklaard werden door het aantal bedden

op de afdeling gevolgd door de diagnostische gegevens van patiënten. Het grootste gedeelte van het aantal separatie uren kon echter niet verklaard worden met de beschikbare gegevens. Deze studie geeft aanwijzingen dat een adequate teambezetting en gericht beleid op het voorkomen van separatie, vooral op kleine opname afdelingen, bijdragen aan het verminderen van de separatieduur.

*Hoofdstuk 7. De inzet van continue teamtraining, begeleiding en familie participatie bij het reduceren van separatie. Een vergelijkend onderzoek tussen twee opname afdelingen met en zonder separatie preventie protocol.*

In dit hoofdstuk werd het effect van scholing, training en familie participatie op het aantal separaties bestudeerd. Aanleiding voor dit onderzoek was de start van een nieuwe afdeling in een nieuw gebouw met nieuw personeel. Hierbij stond centraal in de zorg: een non-separatiebeleid en familieparticipatie. Uitgangspunt was dat een goed opgeleid en getraind afdelingsteam in staat moeten zijn het aantal separaties te beperken binnen een periode van 2,5 jaar. De gegevens van deze experimentele afdeling werden vergeleken met een controle afdeling binnen hetzelfde ziekenhuis. De controle afdeling leverde gebruikelijke zorg. Beide opnameafdelingen waren vergelijkbaar qua aantal bedden, personeel, opname criteria en verzorgingsgebieden binnen een GGZ instelling. Beide afdelingen werden 29 maanden gevolgd. Deze studie geeft aanwijzingen dat een non-separeerbeleid, teamtraining en familieparticipatie bijdragen aan het verminderen van het aantal en duur van de separaties.

*Hoofdstuk 8. De invloed van personele variabelen op de toepassing van separatie.*

In dit hoofdstuk werd de relatie tussen aantallen gestarte separaties en personele kenmerken van verpleegkundige teams bestudeerd. Gegevens over de dagelijkse verpleegkundige teams qua bezetting en samenstelling (zoals geslacht, opleidingsniveau en ervaringsjaren) en het aantal gestarte separaties werden per afdeling en per dag verzameld. Op de opnameafdelingen en langdurende behandelafdelingen leken de variabelen man/vrouw verhouding in het team (respectievelijk OR = 0,75 en OR = 0,353), spreiding in werkervaring (respectievelijk OR = 0,871 en OR = 0,788) gerelateerd te zijn aan het aantal gestarte separaties. Deze studie wijst erop dat iets meer mannen in het team en een grote spreiding in werkervaring in het team bijdragen aan minder toepassingen van separatie.

*Hoofdstuk 9. Discussie.*

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de afzonderlijke studies bediscussieerd in het licht van de centrale deelvragen. Wat betreft de eerste deelvraag zijn in dit proefschrift een aantal essentiële criteria beschreven die noodzakelijk zijn voor een nauwkeurige en betrouwbare registratie van vrijheidsbeperkende interventies. Dit proefschrift laat zien dat de Argus registratie meer betrouwbare,



valide en praktijkrelevante gegevens oplevert dan de bestaande Middelen en Maatregelen rapportages aan de IGZ. In Argus zijn de vrijheidsbeperkende interventies uniform gedefinieerd, in lijn met internationale definities. De Argus registratie is gemakkelijk in te vullen. Alle episoden van toegepaste vrijheidsbeperkende interventies behoren in Argus geregistreerd te worden. Dit draagt bij aan een uniforme en accurate registratie. De Argus registratie lijkt daarnaast gevoelig voor veranderingen. Argus gegevens zijn daarmee waarschijnlijk beter te gebruiken voor evaluatie en feedback doeleinden en bestuderen van trends. Er zijn echter nog aspecten die aandacht behoeven. Bij het implementeren van de Argus registratie methode is mogelijk nog niet voldoende aandacht geweest voor de betrouwbaarheid, ook op langere termijn. De betrouwbaarheid van de Argus gegevens is eenmalig bestudeerd en werd toen geïnterpreteerd als gemiddeld tot goed. Het blijft daarom nodig dat ziekenhuizen voortdurend aandacht besteden aan de betrouwbaarheid van de Argus registraties. Verder zijn de verantwoordelijkheden voor het invullen van de Argus registratie nog niet formeel geregeld. Dit kan de accuraatheid van de Argus gegevens negatief beïnvloeden. Als laatste moet er meer aandacht komen voor feedback en het gebruik van Argus data bij het terugdringen van vrijheidsbeperkende interventies (Voskes, et al. 2012). De waarde van feedback wordt beschreven in de feedback theorie (Carver & Scheier, 1981, Locke & Latham, 1990, Kluger & DeNisi, 1996). In deze publicaties wordt het gebruik van data in een cyclisch proces besproken. Hierin zijn, naast feedback, helder geformuleerde doelstellingen en effectuering in de praktijk kernelementen. De Argus gegevens geven informatie over de effectuering van de geformuleerde doelen. De Argus gegevens zijn daarom nodig als input voor feedback. Regelmatige feedback attendeert medewerkers op de gestelde doelen, de mate waarin doelen wel of niet bereikt zijn en de gemaakte vooruitgang hierin. Dit maakt het voor verpleegkundigen helder om te blijven werken aan de doelstellingen om het aantal vrijheidsbeperkende interventies te verminderen (Hattie & Timperly, 2007). Wij komen tot de aanbeveling dat het gebruik van de Argus gegevens structureel moet worden ingebed binnen de werkwijzen van de ziekenhuizen. Belangrijk is dat de data worden gebruikt om geleverde inspanningen in relatie te brengen met de doelstellingen. Dit om de toepassingen van vrijheidsbeperkende interventies te evalueren, uitkomsten te gebruiken in behandelplannen en te gebruiken bij het vormgeven van afdelings- en instellingsbeleid.

Voor de beantwoording van deelvraag 2 zijn de studies in de hoofdstukken 2 tot en met 4 aangevuld met recente cijfers uit de Argus rapportages (Noorthoorn, et al. 2011). Deze activiteit maakt duidelijk dat we nu beter in staat zijn om betrouwbare en accurate cijfers over de toegepaste vrijheidsbeperkende interventies in Nederland te presenteren. De uitkomsten laten ook zien dat Nederlands cijfers meer in lijn zijn met enkele andere Europese landen waar separatie eveneens een

eerste keus interventie is. In de afgelopen jaren is een neerwaartse trend zichtbaar in het separeren van patiënten in Nederland. Ook zijn grote verschillen in de separatie cijfers van de ziekenhuizen zichtbaar. Bij de vergelijkingen tussen ziekenhuizen zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. De uitkomsten suggereren dat alle ziekenhuizen ongeveer dezelfde doelgroepen patiënten opnemen en behandelen. De praktijk is echter anders. Sommige ziekenhuizen hebben een forensische psychiatrische afdeling, andere niet. Sommige ziekenhuis hebben uitgebreide behandel faciliteiten voor kinder- en jeugd psychiatrie, andere niet. Dit maakt dat ziekenhuizen verschillen qua doelgroepen voor wie zij behandel faciliteiten bieden. Aanbevolen wordt om de cijfers over vrijheidsbeperkende interventie uit te splitsen naar doelgroepen van patiënten zoals kinder- en jeugd psychiatrie, forensische psychiatrie, afdelingen voor ouderen. Hiervoor zijn wel heldere en valide omschrijvingen van patiëntengroepen nodig.

De separatiecijfers die nationaal en internationaal gepubliceerd zijn hebben hun beperkingen. Het presenteren van de gemiddelde duur van separatie houdt geen rekening met de grootte van de afdeling of het ziekenhuis. Daarnaast gaat dit cijfers voorbij aan mogelijke veranderingen in het ziekenhuis of de afdeling. Het presenteren van het aantal gestarte separaties per 1000 opnamen suggereert dat alleen nieuw opgenomen patiënten worden gesepareerd. In werkelijkheid lopen patiënten die langdurig zijn opgenomen ook het risico om gesepareerd te worden. Een betere maat lijkt het aantal gestarte separaties per 1000 opname dagen. Het aantal gestarte separaties per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis, houdt geen rekening met de urbanisatie graad van het verzorgingsgebied en mogelijk aanwezige andere GGZ instellingen. We bevelen aan om het aantal uren separatie per 1000 beduren te rapporteren in vergelijkingen tussen ziekenhuizen en afdelingen.

In het laatste deel van het discussie hoofdstuk worden de bevindingen die gevonden trends verklaren bediscussieerd in het licht van deelvraag 3. De hoofdstukken 6 tot en met 8 geven enkele aanwijzingen. In hoofdstuk 6 werd de relatie tussen individuele patiëntenkenmerken en separatie beschreven. Hierbij werd geconstateerd dat deze patiëntenkenmerken een beperkte invloed hebben op het aantal separaties en duur ervan. Deze uitkomst weerspreekt een breed aangehangen aanname van verpleegkundigen en managers dat verschillen in separatiecijfers tussen afdelingen en instellingen voor het grootste gedeelte te wijten zijn aan verschillen in de ernst van de problematiek van de individuele patiënten. De hoofdstukken 6 en 7 leveren onderbouwing dat gevonden trends en verschillen mogelijk juist meer kunnen worden verklaard door afdelings- of ziekenhuisbeleid en cultuur. De studie in hoofdstuk 8 verwijst naar de grootte van spreiding in werkervaring in het team als factor voor het verminderen van het aantal separaties. Een grote spreiding in werkervaring is een

conditie voor meer team interactie en -reflectie (Benner, 1984. Boumans, et al. 2012). Dit stelt teams in staat hun visie op vrijheidsbeperkende interventies verder aan te scherpen (Molewijk, et al. 2008). De studies in de hoofdstukken 6, 7 en 8 suggereren dat team bezetting en samenstelling en teamcultuur belangrijke factoren zijn bij de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies.

Alternatieven voor vrijheidsbeperkende interventies, zoals één op één begeleiding, gebruik maken van alternatieve ruimten waaronder comfortroom en de ontwikkeling van Intensive Care zouden meegenomen moeten worden in toekomstige onderzoeken. Bekeken kan worden of deze alternatieven het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies beïnvloedt.

### *Conclusie.*

Gebaseerd op de uitkomsten van de onderzoeken in dit proefschrift lijkt het gerechtvaardigd om te concluderen dat de ontwikkeling van de Argus registratie methode en de implementatie ervan in de praktijk van de psychiatrische ziekenhuizen een belangrijke stap voorwaarts is. Ziekenhuizen die de Argus methode hebben geïmplementeerd zijn nu in staat nauwkeurige en betrouwbare gegevens over toegepaste vrijheidsbeperkingen beschikbaar te stellen. Deze gegevens kunnen gebruikt worden in evaluatie en feedback. Met deze data is wetenschappelijk onderzoek mogelijk naar trends en beïnvloedende factoren. Hoewel de cijfers zelf de praktijk niet beïnvloeden maakt dit proefschrift aannemelijk dat bij gebruik deze cijfers in feedback en evaluatie, er wel degelijk een reductie van het aantal vrijheidsbeperkende interventies in de praktijk mogelijk is.

### **Literatuur**

1. Abma, T., Widdershoven, G. & Lendemeijer, B. (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie; kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
2. Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park California: Addison-Wesley publishing company.
3. Berghmans, R., Elfahmi, D., Goldsteen, M., & Widdershoven, G. (2001). *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*. Maastricht: Instituut voor gezondheidsethiek Universiteit van Maastricht.
4. Boumans, C.E., Egger, J.I.M., Souren, P.M., Mann-Poll, P.S. & Hutschemaekers, G.J.M. (2012). Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflectivity in teams. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 264 – 270.
5. Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1981). The self-attention-induced feedback loop and social facilitation. *Journal of Experimental Social Psychology*. 17, 545 – 568.

6. Currier, G.W. (2003). The controversy over “chemical restraint” in acute care psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*. 9, 59–70.
7. Gutheil, T.G. (1980). Restraint versus treatment: Seclusion as discussed in the Boston state hospital case. *American Journal of Psychiatry*. 137, 718–719.
8. Hattie, J. & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*. 77, 81 – 112.
9. Janssen, W.A., Hutschemaekers, G.H.M. & Lendemeijer, H.H.G.M. (2005). *Dwang cijfermatig in beeld*. In T. Abma, G. Widdershoven & B. Lendemeijer. *Dwang en drang in de psychiatrie; kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. (pp. 67 – 76). Utrecht: Lemma.
10. van der Klippe, H. (1997). *Dwangtoepassingen na onvrijwillige psychiatrische opname*. Nijmegen Ars Aequi Libris.
11. Kluger, A.N. & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*. 119, 254 – 284.
12. Locke, E.A. & Latham, G.P. (2002). Building a practically usefull theory of Goal Setting and Task Motivation. *American Psychologist*. 57, 705 – 717.
13. Mason, T. & Alty, A. (1994). *Seclusion and mental health*. London: Chapman & Hall.
14. Molewijk, B., Zadelhoff, E., Lendemeijer, B. & Widdershoven, G. (2008). Implementing moral case deliberation in Dutch health care: improving moral competency of professionals and quality of care. *Bioethica Forum*. 1, 57-65.
15. Morrison, P. & Lehane, M. (1995). Staffing levels and seclusion use. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 1193-1202.
16. Minister van VWS. (2011). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 december 2011, CZ-CGGZ-3093044, houdende wijziging van de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz. *Staatscourant*, nr 23432, 22 december 2011.
17. Noorthoorn, E., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Bousardt, A., Voskes, Y., Smit, A., Nijman, H., Mulder, N. & Widdershoven, G. (2011). *Vier jaar Argus: Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2010*. Amersfoort, GGZ Nederland, [www.veiligezorgiederszorg.nl/vier-jaar-argus.pdf](http://www.veiligezorgiederszorg.nl/vier-jaar-argus.pdf)
18. Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*. 33, 89–97.
19. Sailas, E. & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, CD001163.

20. Steinert, T. (2011). After 200 years of psychiatry: are mechanical restraints in Germany still inevitable? *Psychiatrischen Praxis*. 38, 348-51.
21. Voskes, Y., Theunissen, J. & Widdershoven, G. (2012). *Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam / Amersfoort. VU medisch centrum & GGZ-Nederland.
22. Whittington, R., Baskind, E. & Paterson B. (2006). Coercive measures in the management of imminent violence: restraint, seclusion and enhanced observation. In Richter, D. & Whittington, R. (Eds.), *Violence in mental health settings* (pp. 145-169). New York: Springer.